Lane Medical Library

Von der gynäkologischen ~~Abteilung des Städt. Krankenhauses~~ Mannheim
(Professor Dr. Holzbach)

Ein Beitrag zur konservativen Myomtherapie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von

Helmuth Schlaudecker

1937
Brausdruck G. m. b. H., Heidelberg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan:
Prof. Dr. Runge

Referent:
Prof. Dr. Runge

1937

Die Bildung von Myomen in der weiblichen Gebärmutter ist ein relativ häufiges Vorkommnis, welches ungefähr 3–8% der Zugänge in Frauenkliniken ausmacht. Es sind dies Fälle, die wegen Beschwerden irgendwelcher Art, hervorgerufen durch diese Geschwulstbildung, wie Blutungen, Verdrängungserscheinungen, entzündliche Reaktionen, ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Darüber hinaus gibt es jedoch einen großen Prozentsatz von Myomen, die nicht zur ärztlichen Kenntnis gelangen, da sie der Trägerin keine Beschwerden verursachen.

Von einer Behandlung des Myoms wird man natürlich dann absehen, wenn dasselbe keine Beschwerden macht. Eine Ausnahme bilden hier nur solche symptomlos bestehende Myome, welche als Ursache für Sterilität und habituellen Abort angesehen werden können. Hier führt der Wunsch nach Kindern die Patientin zum Arzt.

Bei der Wahl der Therapie selbst hat man zu unterscheiden zwischen Bestrahlung und Operation. Es besteht kein Zweifel, daß das Ziel einer eigentlich kausalen Therapie, die Entfernung des Kranken, ebenso wie die schnellster Beseitigung der Krankheitssymptome und die rascheste Wiederherstellung der Gesundheit nur durch die Operation erreicht wird. Die Strahlenbehandlung greift ja nicht primär das Erkrankte an, sondern sucht die Krankheitssymptome zu beseitigen oder wenigstens zu mildern auf dem Umweg über die Zerstörung eines von der Erkrankung garnicht betroffenen Organs, nämlich der weiblichen Keimdrüse. Bei der Operation dagegen, selbst bei der Totalexstirpation gelingt es jedoch fast immer, eines oder beide Ovarien zu erhalten.

Demnach ist die Strahlenbehandlung, theoretisch gesprochen, eine keineswegs kausale Therapie, da sie nicht dem vornehmsten Grundsatz jeder Behandlung entsprechend, nur das Kranke entfernt und das Gesunde erhält, sondern Gesundes zerstört unter Zurücklassen des Kranken. Heute ist die Bestrahlung nur noch berechtigt bei unverdächtigen, unkomplizierten, vorwiegend intramural entwickelten Myomen älterer Frauen (42.–45. Lebensjahr als untere Grenze), die außer zyklischen Blutungen keine Symptome machen. Außerdem bei Frauen mit sonstigen schweren, die Operation contraindizierenden Krankheiten (Herz-, Lungen-, Nierenerkrankungen, Diabetes, Basedow), bei hochgradiger Hypertension und schließlich bei messerscheuen Patientinnen, die die Operation

verweigern. Bei allen Frauen unter 42–45 Jahren, bei welchen keine Gegenanzeige gegen die operative Therapie besteht, wird man operieren, ebenso wie bei Myomen in jedem Lebensalter, die mit Komplikationen einhergehen, wie Sarkom, Karzinom, Ovarialtumoren, entzündlichen operationsbedürftigen Adnextumoren, Nekrose, Gangrän und Vereiterung der Myome, Prolaps, Appendizitis, Verkalkung der Myome und Hernien. Die operative Behandlung ist ferner zu wählen bei atypischen starken Blutungen, bei unkomplizierten Myomen, die mit heftigen Schmerzen einhergehen, bei Myomen mit Kompressionserscheinungen auf Blase, Darm und Gefäße, bei großen Myomen, die die Mitte zwischen Nabel und Symphyse überragen, bei gestielten, subserösen und submukösen Myomen und endlich bei Myom und Schwangerschaft, sofern hier überhaupt eine eingreifende Therapie in Frage kommt.

Unter den einzelnen Operationsmethoden unterscheidet man:

1. Radikale Operationen, welche entweder den myomatösen Uteruskörper abtragen unter Zurücklassung eines kleineren oder größeren Cervixstumpfes, oder den Uterus in toto mit oder ohne Adnexen entfernen, nämlich: Corpusamputation, supravaginale Amputation, Totalexstirpation und die Radikaloperation.

   Ein besonderer Vorteil der Totalexstirpation gegenüber der supravaginalen Amputation besteht in der ausgezeichneten Drainagemöglichkeit, die nicht hoch genug bewertet werden kann, da in vielen Hunderten von Fällen niemals Peritonitis und nur 0,25% Embolien zu verzeichnen waren. Weiter in der Ausschaltung des Stumpfkarzinoms und schließlich darin, daß nach der Totalexstirpation in der Mehrzahl der Fälle völlige Beschwerdefreiheit erreicht wird, da bei Nachuntersuchungen glatte Narbenverhältnisse gefunden werden, keine hartnäckigen Cervixkatarrhe auftreten und keine Stumpfexsudate entstehen.

   Bei der supravaginalen Amputation entstehen häufig einseitige, narbige Schrumpfungen des Bandapparates mit Verziehung des Stumpfes als Folge vorausgegangener Stumpfexsudate, die dann zu dauernden Kreuzschmerzen führen.

2. Konservative Operationen, welche nur das Myom entfernen und den Uterus samt Adnexen erhalten. Hierher gehört die Abtragung gestielter subseröser und submuköser Myome, die Enukleation, Excision und Resektion, sowie die Amputatio alta.

   Man versteht demnach unter einer konservativen Myomoperation die Entfernung der Geschwulst unter Schonung der gesunden Substanz des Uterus, um auf diese Weise das Organ funktionsfähig zu erhalten.

Der Begriff der konservativen Myomoperation ist noch relativ jung. Vor einigen Jahren noch kannte man in der Myomtherapie nur die Bestrahlung und die Radikaloperation. Nicht ohne Einfluß

dürfte dabei wohl die zunehmende Erkenntnis auf dem Gebiete der Endokrinologie, speziell die Auffassung über die Menstruation gewesen sein. Vielleicht hängt die Wahl dieses neuen Weges in der Myombehandlung ferner mit einer Allgemeinerscheinung in der Chirurgie zusammen, wonach man nach Erreichung einer gewissen technischen Fertigkeit wieder mehr konservativ, physiologischer, organ- und funktionserhaltend vorzugehen sich gewöhnt. Ziel der konservativen Myomoperation ist daher in erster Linie die Vermeidung der schweren Schäden durch Ausfall der Regelblutung, die bei den anderen Behandlungsarten, Bestrahlung und Radikaloperation in vielen Fällen mit in Kauf genommen werden mußten.

Ein weiterer Vorteil der konservativen Myomoperation besteht in besonders günstig gelagerten Fällen darin, die durch das Myom bedingte Sterilität zu beheben und eine Konzeption zu ermöglichen, ein Umstand, dessen Bedeutung wohl nicht näher diskutiert zu werden braucht.

Von der konservativen Operation muß man natürlich Abstand nehmen zugunsten der Radikaloperation bei entzündlichen Veränderungen, sei es von Seiten der Adnexe, sei es infolge Infiziertseins submuköser Myome. Dasselbe gilt, wenn neben den Myomen Adnextumoren, Pyovarien bestehen, oder wenn die Portio stark lazeriert oder erodiert ist, wenn die Myome nekrotisch oder vereitert sind, bei Cervixmyomen und endlich bei der wenn auch seltenen Kombination von Myom und Sarkom. Selbstverständlich spielt auch vor allem das Alter der Patientin eine große Rolle. Bei fortgeschrittenem Lebensalter tritt naturgemäß die Tendenz zur konservativen Operation ebenfalls zurück. Es liegen jedoch bezüglich des klimakterischen Alters Myomkranker die Dinge anders als unter normalen Umständen, da hier die Menopause durchschnittlich etwa 5 Jahre später einzutreten pflegt, bei Myomen, die im Verlauf ihrer Entwicklung mit einer Veränderung der Uterusschleimhaut und -höhle, bzw. mit einer Hyperplasie der Gebärmuttermuskulatur einherzugehen pflegen und auf diese Weise die Tätigkeit der Ovarien beeinflussen. Wenn nach einer Statistik von Terada bei 40% der Myomkranken die Menopause erst nach dem 50. Lebensjahre eintritt, so ist man nicht berechtigt, das Alter einer Frau, bei der unter normalen Bedingungen die Menstruation erlischt, als Fundament zur Entscheidung dafür zu nehmen, nun ohne weiteres die Totalexstirpation oder die funktionelle Ausschaltung der Eierstöcke vornehmen zu dürfen. Es wurde oft genug bewiesen, daß die Aufhebung der monatlichen Regelblutung 5 und 10 Jahre vor dem natürlichen Eintritt der Menopause, für das Gesamtbefinden und den Stoffwechsel der Frau nicht gleichgültig ist. Eine plötzliche Unterbrechung starker Blutungen, noch nach dem 40. Lebensjahr, zeigt oft genug sehr unangenehme Rückwirkungen auf den Gesamtorganismus, wie Geistesstörungen, Hypertonie, schwere Derma-

tosen, chronische Polyarthritiden u. a. m. Der Uterus steht eben mit seiner Schleimhaut in funktioneller Wechselbeziehung zum Ovar. Zur Erhaltung der innersekretorischen Funktion der Eierstöcke muß noch eine genügende Menge von Uterusschleimhaut vorhanden sein. Aschners Ansicht, daß dann noch die Indikation zur konservativen Operation gegeben sei, solange der Uterus noch die Tendenz habe, zu menstruieren, dürfte wohl etwas zu weit gehen! Im allgemeinen gilt hierfür das 35. Lebensalter bei Myomkranken, die noch keine oder nur so wenige Kinder haben, daß weitere Schwangerschaften dringend gewünscht werden, oder bei denen wenigstens die Erhaltung der Menstruation angestrebt werden muß. Ferner bei älteren, nervösen Patientinnen, bei denen mit vorgenannten schweren Ausfallserscheinungen zu rechnen ist. Ein bestimmtes Lebensjahr läßt sich nicht festsetzen; hier muß von Fall zu Fall entschieden werden.

Oft von Gegnern der konservativen Methode angeführte Nachteile, wie Rezidivgefahr, größere Mortalität und schlechte Heilungsbedingungen, lassen sich durch eine entsprechende Technik weitgehend einschränken. Wichtig ist vor allem exakteste Blutstillung und gute Peritonealisierung, ein Ziel, welches durch vaginales Vorgehen weniger ausgiebig erreicht werden dürfte. Außerdem kommt dieser Weg ja nur für kleine Myome in Frage. Da diese aber wieder nur selten zum Gegenstand klinischer Behandlung werden, so erklärt es sich, daß für die konservative Operation in der Hauptsache die abdominale Methode angewendet wird. Da weiter der entscheidende Entschluß, wie im Einzelfalle vorzugehen ist, erst dann gefaßt werden kann, wenn der Uterus und die darin entwickelte Geschwulst sich offen dem Auge und der direkten Palpation darbieten, eine Möglichkeit, die bei abdominaler Technik besser erscheint, als bei der vaginalen, so erklärt es sich, daß namentlich für die konservative Operation größerer Myome der abdominale Weg vorzuziehen ist. Für dieses Vorgehen ist in erster Linie Voraussetzung, daß das Cavum des Uterus in keiner Weise, weder durch die Sonde, noch durch Auskratzung oder sonstwie berührt wurde, um jede Infektionsmöglichkeit auszuschalten. Die Erfahrung lehrt, daß auch bei großen submukösen Myomen, selbst bei lange Zeit bestehenden Blutungen, die Gebärmutterhöhle praktisch als steril angesehen werden kann. Diese Tatsache ist deshalb von großer Wichtigkeit, weil bei vielen der Fälle die Durchführung der konservativen Myomoperation zu einer Eröffnung des Uteruscavums führt. Viele betrachten dieses ja als eine gefährliche Komplikation der konservativen Myomoperation, doch entspricht diese Ansicht nicht der Wirklichkeit.

Zur Durchführung der konservativen, abdominalen Myomoperation gehört selbstverständlich zuerst eine genaue Kenntnis über den Sitz der zu entfernenden Geschwulst. Eine sorgfältig erhobene

Anamnese bahnt die Orientierung an, aber erst nach Eröffnung der Bauchhöhle lassen sich entscheidende Feststellungen machen. Wenn man den myomatösen Uterus vor sich hat, kann man durch Inspektion und Palpation sich ein völlig klares Bild über Sitz und Ausbreitung der Tumoren machen. Man geht hierbei von den normalen anatomischen Verhältnissen von Uterus, Tuben, Ligamenta ovarii propria, Ligamenta rotunda und des Ligamentum latum der rechten und linken Seite aus. Es ist einleuchtend, daß jede Geschwulst von einigermaßen Größe, die sich im Uterus entwickelt hat, Form und Gestalt der Gebärmutter umgestaltet, bzw. zu Verschiebungen und Veränderungen der Abgänge von Adnexen und des Aufhängeapparates führen muß. Wenn z. B. das Myom im Fundus sitzt, so ist dieser stärker vorgewölbt; die Adnexe und die Ligamenta rotunda gehen vom Uterus, wie er sich mit seiner Geschwulst darstellt, abnorm tief ab. Ein Tumor an der Hinterwand wölbt diese stärker vor und verdrängt die Ligamenta ovarii propria ebenfalls nach der Seite. An der Vorderwand sich befindend, wird die Geschwulst ein ähnliches mit den Abgängen der Ligamenta rotunda bewerkstelligen. Man kann also bei einiger Übung schnell eine genaue Lokalisierung der Geschwulstbildung vornehmen. Erst nachdem dies geschehen ist, darf das Messer zur Hand genommen werden. Die eben besprochenen Erhebungen müssen auf das Sorgfältigste getroffen werden, denn für den glücklichen Verlauf der weiteren Operation ist meist schon das Anlegen des ersten Schnittes entscheidend. Wenn aus Unkenntnis über die Lokalisation des Tumors die Vorderwand durchtrennt wird, während derselbe z. B. an der Hinterwand sitzt, so ist damit schon die richtige technische Durchführung vereitelt.

Die Schnittführung ist selbstverständlich je nach Sitz der Geschwulst und deren Ausbreitung verschieden. Von den bis kirschgroßen, subserösen Myomen abgesehen, die man einfach mit Zange und kleinem Messer abtragen kann, kommt Enukleation, Excision der Geschwulst und die Resektion des Uterus in Frage. Grundsätzlich muß betont werden, daß der Uterus, dank seiner ausgezeichneten Gefäßversorgung, sich wie wohl kein anderes Organ des menschlichen Organismus zu plastischen Operationen eignet.

Die Technik der Enukleation wird so empfohlen, daß man über der Kuppe der Geschwulst mit möglichst kleinem Einschnitt die Myomkapsel spaltet, die Kapselränder auseinanderdrängt, die Geschwulst dann mit einer Zange faßt und herausdreht, oder mit einer Schere das Myom aus seiner Kapsel ausschält. Bei der Excision ist die Schnittführung eine doppelte. Sie führt durch die Wand des Uterus, rechts und links, oder vorn und hinten, je nachdem möglichst tief in den Grund der Geschwulst fassend. Es dreht sich bei der Excision darum, die Geschwulst mit der Kapsel aus der Gebärmutter herauszuschneiden. Die beiden Schnitte vereini-

gen sich natürlich an den gegenüberliegenden Stellen des Tumors. Die weitere Schnittführung in der Tiefe kann man durch leichtes Anziehen der Geschwulst ohne Schwierigkeit so gestalten, daß sie immer an der Außenfläche der Kapsel entlangführt. Umfaßt die Geschwulst, wie beim submukösen Myom, größere Teile des Uterus, so muß bei der Operation von Fall zu Fall ein größeres oder kleineres Stück der Uteruswand mitgenommen werden, und so geht dann die Excision von selbst in die Resektion über. Für den Ablauf der Operation ist die Eröffnung des Uteruscavums ohne Bedeutung, vorausgesetzt, daß glatte Wundverhältnisse entstanden sind und die Wundränder in technisch richtiger Weise vereinigt werden. Es ist hier nicht anders wie beim Kaiserschnitt, dessen Gefahren, obwohl es ja hierbei auch zu einer Eröffnung der Uterushöhle in breiter Ausdehnung kommt, durch die moderne Art der Wundversorgung auf ein Minimum beschränkt worden sind. Starke Blutungen sind bei der konservativen Myomoperation auch nicht zu befürchten. Eigentlich ist nur damit zu rechnen, wenn die großen Uteringefäße in den Schnitt fallen. Das läßt sich jedoch vorher übersehen und vermeiden, sodaß Blutungen, die auf diese Weise entstehen könnten, sich rasch durch Abklemmen und Unterbinden beseitigen lassen. Es ist sonst nicht nötig, isolierte Gefäßunterbindungen vorzunehmen, auch nicht einmal nützlich, da zu weitgehende Gefäßumstechungen die Wundheilung ungünstig beeinflussen dürften. Natürlich schließt dies die selbstverständliche Forderung nicht aus, daß nach Beendigung der Operation die Blutstillung eine vollkommene sein muß. Die konservativen Myomoperationen lassen sich immer mit Bildung nur einer Wunde ausführen, es kann also nicht die Rede davon sein, daß bei der hier geschilderten Technik, wie es öfters in der Literatur heißt, „ein wüster Fleischklumpen in der Bauchhöhle zurückbleibe". Die Wundversorgung selbst empfiehlt es sich so vorzunehmen, daß man ausschließlich Knopfnähte verwendet, und zwar solche dünnen Catcuts für die genaue Adaptierung der Wundränder. An der Serosa sticht man ungefähr ½ cm vom Wundrand entfernt ein, durch die Muskulatur hindurchgreifend und faßt die Schleimhaut nicht mit. Je nach Größe der Wunde legt man soviel Knopfnähte, wie es unter Berücksichtigung einer sorgfältigen Blutstillung notwendig erscheint, damit nach dem Knoten die Wundränder glatt aneinanderliegen. Darüber kommen dann mit feiner Nadel seromuskuläre Knopfnähte aus dünnstem Catcut. Beim Knoten derselben stülpt man die Serosaflächen der Schnittwunde ein, damit dann breite Serosaflächen aneinanderliegen. Diese Methode der Wundversorgung genügt, um die Wunde gegen die Bauchhöhle abzuschließen. In der Mehrzahl der Fälle läßt sich noch eine weitere Sicherung durch Überdecken der Wunde mit Peritoneum ausführen. Es hängt natürlich ganz von der Lage des Schnittes ab, was an Peritoneum dazu verwendet werden kann.

Wurde z. B. eine Resektion der Vorderwand vorgenommen, so eignet sich hierzu sehr gut das Blasenperitoneum. Bei seitlichen Resektionen lassen sich für die Vorderfläche des Uterus nach der Seite hin Ligamenta lata und Ligamenta rotunda nehmen. Konnte die konservative Operation nur so durchgeführt werden, daß nur an die Erhaltung der Menstruation gedacht werden konnte, mit der Möglichkeit einer Konzeption jedoch für die Zukunft nicht mehr gerechnet werden kann, so lassen sich zur Abdeckung der Wunde weitgehend die Adnexe verwenden. Es ist also immer irgendwie möglich, die Operationswunde noch besonders peritoneal zu schützen.

Man hat nun oft am Schluß der Operation einen Uterus vor sich, der trotz Befreiung von seinen Geschwülsten eine erhebliche Volumenzunahme im Vergleich zu einem normalen Organ zeigt. Es spielen sich hier im weiteren Verlauf erfahrungsgemäß dieselben Dinge wie im Wochenbett ab. Der frisch puerperale Uterus bildet sich im Wochenbett schnell zurück. Genau dasselbe findet man nach der konservativen Myomoperation mit den zurückgelassenen Muskelmassen. Daher ist es unnötig, ja geradezu unangebracht, diese bei der Operation mit wegzunehmen, da sich dann in späteren Schwangerschaften oft Störungen in Form von Wandverdünnungen und Rupturen zeigen. Sieht man jedoch davon ab, so verlaufen auch Schwangerschaften nach ausgedehnten Myomoperationen ohne Komplikation. Weiterhin ist nicht zu befürchten, daß die bei der Operation hyperplastisch veränderte Schleimhaut später Funktionsstörungen herbeiführt, oder daß Blutungen, die vor der Operation bestanden, auch nach derselben in Erscheinung treten. Dies trifft nicht zu. Es kann überhaupt die Abhängigkeit der Funktionsstörungen vom erkrankten Uterus nicht besser bewiesen werden, als durch die sich immer wieder zeigende Wiederherstellung der normalen Genitalfunktion nach der konservativen Myomoperation. Wenn die Dysfunktion der Ovarien allein die Ursache wäre, so erschiene jede konservative Myomoperation widersinnig, da die funktionellen Störungen trotz der Myomentfernung fortbestehen und neue Myome sich bald wieder bilden müßten. Dies ist jedoch nicht richtig, da gerade nach der biologischen Seite hin durch die einfache Entfernung der Myome Ergebnisse erzielt werden, wie sie niemals durch die Bestrahlung oder die Radikaloperation entstehen können.

Einen Übergang zur Radikaloperation bildet die Amputatio alta, die die Möglichkeit bietet, das untere Uterinsegment und von Fall zu Fall die nächsten angrenzenden Partien des Corpus uteri zu erhalten. Selbstverständlich bringt diese Operation, bei der sich nicht in ausreichendem Maß eigentlich funktionell hochwertiges Gewebe erhalten läßt, biologisch keinen vollen Erfolg, doch kommt auch ihr eine gewisse Bedeutung zu, indem danach die Ausschaltung der Ge-

nitalfunktion nicht so stürmisch erfolgt, wie nach Bestrahlung oder Radikaloperation. Hier bleibt dem Organismus noch eine gewisse Zeit, sich umzustellen und sich der neugeschaffenen Situation anzupassen. Das Prinzip der konservativen Operation besteht eben immer darin, noch genügend funktionsfähiges Gewebe zu erhalten; wenn das nicht gelingt, wähle man lieber die Radikaloperation.

Das menstruelle Ergebnis ist je nach der Schnittführung verschieden. Manchmal bleibt die Regelblutung für die Dauer bestehen, in anderen Fällen beobachtet man Abschwächungen und allmähliches Sistieren. Es kommt eben darauf an, in welcher Höhe im unteren Abschnitt des Uterus abgesetzt werden mußte. Für das submuköse Myom ist die Amputatio alta nicht angebracht. Es läßt sich hier fast immer eine der oben beschriebenen Methoden durchführen, da es meist singulär auftritt. Das eigentliche Gebiet für die Amputatio alta sind die Fälle, in denen multiple Myombildung vorliegt. Sehr häufig ist hier das untere Segment von Myomen frei und hier empfiehlt es sich, den Uterus hoch abzusetzen. Die Technik ist einfach, und auch die Wundversorgung macht keine Schwierigkeiten, da hier zur Abdeckung Adnexe und Blasenperitoneum beliebig verwendet werden können.

Wie groß ist nun die immer wieder angeführte Mortalität bei konservativen Myomoperationen, vorausgesetzt, daß die oben beschriebene Technik gewählt wird? Dies zeigen deutlich einige Tabellen: So hat Aschner unter 146 Operierten 5 Todesfälle — Micholitsch hatte unter 200 konservativ Operierten nur 1 Todesfall. Günther Schäfer gibt bei 122 in der Universitäts-Frauenklinik Berlin konservativ Operierten eine Mortalität von 1,64% an. Zolta von Szabo berichtet über 52 in den Jahren 1914—1924 operierte Myome an der Frauenklinik in Würzburg. Dabei wurde 36mal abdominal und 16mal vaginal vorgegangen. Mortalität 0%. P. v. Kuhiny verlor von 508 Operierten 13. Hartmann (Kopenhagen) hatte bei 20 konservativ Operierten 1 Todesfall. Henkel gibt bei 242 konservativ Operierten eine Mortalität von 0,4%.

Über die Erfolge der konservativen Operation betreff der Erhaltung der Menstruation beschreibt Aschner mehrere Fälle, darunter Frauen bis zu 47 Jahren, die noch 7 Jahre post operationem menstruierten. Zwei von ihm konservativ operierte Patientinnen haben später geboren, die eine nach 4 Jahren, trotz sehr eingreifender Operation. Fink (Königsberg) berichtet über 30 Fälle von Myoma submucosum, darunter wurde 2mal zwecks Erhaltung der Gebärmutter konservativ operiert. Bei der ersten, verheirateten Patientin, war 4 Jahre nachher noch keine Gravidität eingetreten; beim zweiten Fall handelte es sich um eine Frau, die 4½ Jahre nach der Operation noch nicht verheiratet war, so daß letzterer nicht zur Kontrolle herangezogen werden kann. Wir haben von unseren konservativ operierten Fällen, die allerdings bis jetzt nur knapp 6% unseres Myommaterials ausmachen, keinen verloren.

Die konservative Operation ist uns eigentlich schon lange von der Metritis her geläufig. Es soll in diesem Zusammenhang nur an Beuttners quere Keilexcision des Fundus erinnert werden. Unsere Methode besteht in sagittaler Keilexcision aus dem Uteruskörper zur Schonung des Bandapparates und der Adnexe. Dieselbe Methode beschreibt Aschner 1932 für die konservative Myomoperation. Bei jugendlichen Patientinnen ist man bestrebt, durch konservatives

Vorgehen Menses, wenn möglich auch die Fertilität zu erhalten. Das kann so weit gehen, daß man sich unter Umständen sogar entschließt, selbst riskantere Operationen zu unternehmen, um einer Frau zu helfen, noch schwanger zu werden.

Dieses Bestreben lag folgendem Fall zugrunde, bei dem man sich trotz bestehender subfebriler Temperaturen noch zur konservativen Operation eines über apfelsinengroßen Myoms entschloß und dadurch nicht nur die Erhaltung einer normalen Menstruation, sondern darüber hinaus Konzeption und Geburt eines lebenden Kindes bei einer bisher kinderlosen 33jährigen Frau erreichte:

Anamnese:

Gesunde, 33jährige, sehr blasse Frau wird vom praktischen Arzt als Abortus mens. IV, eingewiesen. Patientin war immer 8–10 Tage stark unwohl. Menses nicht ausgeblieben.

Aufnahmebefund:

Unterbauchgegend im ganzen meteoristisch gebläht. Temperatur 38°, Muttermund nur für Finger durchgängig, starke Blutung aus dem Cervicalkanal. Uterus derbweich, kindskopfgroß, ohne daß ein sicherer Hegar auslösbar und ohne daß ein deutlicher Konsistenzwechsel nachweisbar ist. Die Oberfläche erscheint im ganzen glatt, nirgends eine Ausladung, aber auch nirgends Knoten oder Höcker zu fühlen. Adnexgegend und Parametrien frei. A. Z. –

Diagnose: Myoma uteri submucosum.

Die Patientin hat den dringenden Wunsch nach einem Kind. Aus diesem Grunde und wegen des jugendlichen Alters der Patientin wird eine konservative Operation in Aussicht genommen. Der Patientin werden jedoch keine bestimmten Versprechungen gemacht, sie muß ihre Einwilligung zu jedem sich als notwendig erweisenden operativen Eingriff erteilen.

Wegen der subfebrilen Temperaturen und des Meteorismus 5tägige Vorbehandlung mit Eisblase, 2×10 ccm Argoflavin i. v.

Operation:

In guter Lumbalanaesthesie Operation durch Längsschnitt.

Der fast kindskopfgroße kugelige Uteruskörper wird durch Längsschnitt in der vorderen Wand eröffnet, dadurch wird ein submuköses Myom von etwa apfelsinengröße zu Gesicht gebracht, das von rechts hinten, oben, ausgeht und die ganze Uterushöhle ausfüllt. Es sitzt zwar breitbasig auf, läßt sich aber doch teils stumpf, teils scharf enukleiren und wird in toto entfernt. Stillung der nicht sehr erheblichen Blutung durch Drainage nach abwärts. Sorgfältige Naht der Uteruswunde.

Beide Adnexe sind gesund, und der Uterus liegt gut. Bauchnaht in Etagen.

Verlauf:

Fieberhafter Verlauf, Temperaturen zwischen 38 und 39°. Entstehung einer rechtsseitigen Parametritis. Nach Gegenincision 6 Tage nach der Operation Absinken der Temperaturen, darauf komplikationsloser Heilungsverlauf.

Epikrise.

Es handelte sich um eine 33jährige, bisher kinderlose Patientin, mit einem über apfelgroßen Myom, welches zu starken Blutungen und bereits zur Infektion geführt hatte. Da es infolge seiner Lokalisation den Uterus gleichmäßig vergrößerte, war es nicht verwunderlich, daß der praktische Arzt, zumal in Verbindung mit der bestehenden Blutung und dem für einen Finger durchgängigen Muttermund, einen Abortus imminens diagnostizierte, wenngleich der fehlende Konsistenzwechsel, das Fehlen der Hegar'schen und Piskazek'schen Schwangerschaftszeichen gegen das Vorliegen einer Gravidität hätten sprechen müssen.

Was nun die Therapie anbetraf, so sprach das jugendliche Alter der Patientin unbedingt für die operative Behandlungsart, da man der erst 33jährigen Frau in jedem Fall die Eierstöcke erhalten mußte. Ihr dringender Wunsch nach einem Kind ließ, trotz der bestehenden Temperaturen, den Gedanken aufkommen, die konservative Methode zu wählen, auch wenn man der Patientin betreff des Erfolges keine sicheren Versprechungen machen konnte und sich ihre Einwilligung zu jedem sich notwendig erweisenden Eingriff sicherte. Wegen der vorhandenen Infektion erfolgte eine sorgfältige, 5tägige Vorbehandlung mit Argoflavin und Eisblase. Die dann vorgenommene Operation wurde wirklich ein voller Erfolg: nicht nur, daß es gelang, der Frau die Menstruation zu erhalten, unser Fall gehört darüber hinaus zu den besonders günstig gelagerten und in der Literatur nicht allzu häufig mitgeteilten Fällen, in denen später Entbindung von einem gesunden Kind erfolgte. Die im Anschluß an die Operation auftretende rechtsseitige Parametritis, die nach Flankenincision schnell abgeklungen war, konnte in Anbetracht des ausgezeichneten Resultates wohl gerne mit in Kauf genommen werden.

Ganz allgemein soll betont werden, daß der Entschluß zur konservativen Operation hier ziemlich gewagt war, da wegen der bestehenden Infektion, wie zu Beginn der Arbeit hervorgehoben wurde, die Indikation zur Radikaloperation, mit ihrer ausgezeichneten Drainagemöglichkeit gegeben gewesen wäre. Unter diesen Umständen trotzdem konservativ zu operieren, konnte nur im Vertrauen auf den Schutz der prophylaktischen Immuntherapie gewagt werden. Im allgemeinen dürfte man sich jedoch in derart gelagerten Fällen besser zur Radikaloperation entschließen.

Nicht immer wird das Resultat ein so befriedigendes sein wie in vorliegendem Fall. Aber selbst dann, wenn es nicht gelingen sollte, sozusagen als höchstmöglichen Erfolg der konservativen Myomoperation eine Konzeption und Austragung der Frucht zu erwirken, so wird schon die Erhaltung der Menses und nicht zuletzt das Bewußtsein der Patientin, konzeptionsfähig zu bleiben, das konser-

vative Verfahren bei allen jüngeren Frauen erstrebenswert erscheinen lassen. Gerade die Betrachtung des Myomproblems von dieser letzten, nämlich der psychischen Seite, verdient heute mehr denn je eine stärkere Beachtung. Vorstehendes Thema gewinnt gerade gegenwärtig einen besonderen Wert, wo man dem Bevölkerungsproblem wieder mehr die Bedeutung zuerkennt, die es verdient, und dadurch die Konzeptionserhaltung in jedem einzelnen Fall außerordentlich wichtig wird. Abgesehen davon, daß in vielen Fällen bestehender Fortpflanzungsunfähigkeit eine Heiratserlaubnis nicht erteilt werden kann, ist heute der Gedanke, durch eine Erkrankung konzeptionsunfähig geworden zu sein, doppelt schwer zu tragen, und es wäre zu wünschen, daß die konservative Myomoperation sich mehr und mehr Anhänger schaffte, zumal sie, auch rein ärztlich gesehen, das Ideal einer Behandlung darstellt, nämlich das Kranke zu entfernen, das Gesunde aber zu erhalten.

Literaturverzeichnis

Zentralblatt für Gynäkologie 1932, Vor- und Nachteile der konservativen Myomoperation, von Aschner.

Zentralblatt für Gynäkologie 1929, Konservative Myomoperationen, Spätresultate.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Konservative Myomchirurgie, von Henkel.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 66, Beziehungen zwischen Utterusmyom und Konzeption.

Archiv für Gynäkologie, Band 125, Technik der Myomoperationen.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 69, Individuelle Myombehandlung, von Henkel.

Halban-Seitz, Band 4. Klinik des Myoma uteri, von Albrecht.

Lebenslauf

Ich wurde am 31. Dez. 1910 in St. Ingbert/Saar als Sohn des Studienrats Ludwig Schlaudecker und dessen Ehefrau Maria Emilie geb. Fiak geboren, besuchte dort 4 Jahre die Volksschule und anschließend das Real-Reformgymnasium daselbst. Nach Ablegung der Reifeprüfung im März 1930 studierte ich an den Universitäten München, Freiburg und Heidelberg Medizin. Das Physikum, sowie das medizinische Staatsexamen bestand ich in Heidelberg im Sommersemester 1932, bzw. im Oktober 1935. Vom 30. Okt. 1935 bis 1. Mai 1936 diente ich freiwillig bei der 7. Kompagnie des I.-R. 56 in Ulm a. D., wurde zum Unterarzt befördert und gleichzeitig nach Stuttgart versetzt, wo ich auf der chirurgischen Abteilung des Standortlazarettes und beim Reiterregiment 18, Bad Cannstatt, ärztlich tätig war. Am 30. Sept. 1936 schied ich auf eigenen Antrag aus dem aktiven Heeresdienst aus und bin seit 1. Okt. 1936 an der Ludolf-Krehl-Klinik in Heidelberg, zuerst als Medizinalpraktikant, nach meiner Bestallung am 30. April 1937 als Volontärarzt.

Helmuth Schlaudecker.